



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM BIBLIOTECONOMIA**

FRANCISCA ROSIMERE ALVES DE LIMA

**NÍVEL DE INFORMAÇÃO E PERCEPÇÃO SOBRE HIV/AIDS DE MULHERES
INFECTADAS EM TRATAMENTO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY (HULW)**

JOÃO PESSOA /PB

2014

FRANCISCA ROSIMERE ALVES DE LIMA

**NÍVEL DE INFORMAÇÃO E PERCEPÇÃO SOBRE HIV/AIDS DE MULHERES
INFECTADAS EM TRATAMENTO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY (HULW)**

TCC apresentado ao Curso de Graduação em
Biblioteconomia da Universidade Federal da
Paraíba como requisito parcial para obtenção
do grau de Bacharela.

Orientadora: Prof^a Ms. Alba Lígia de Almeida Silva

JOÃO PESSOA/PB

2014

L732n	<p>Lima, Francisca Rosimere Alves de</p> <p>Nível de informação e percepção sobre HIV/AIDS de mulheres infectadas em tratamento no Hospital Universitário Lauro Wanderley / Francisca Rosimere Alves de Lima. - João Pessoa, 2014.</p> <p>45p; il.</p> <p>Orientadora: Alba Ligia de Almeida Silva</p> <p>Monografia (Graduação em Biblioteconomia) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas – Universidade Federal da Paraíba.</p> <p>1. AIDS. 2. Nível de Informação - AIDS. 3. AIDS - Mulheres. I.</p> <p>Título</p> <p>CDU: 02:616.97 (043.2)</p>
-------	---

FRANCISCA ROSIMERE ALVES DE LIMA

**NÍVEL DE INFORMAÇÃO E PERCEPÇÃO SOBRE HIV/AIDS DE MULHERES
INFECTADAS EM TRATAMENTO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO
WANDERLEY (HULW)**

TCC apresentado ao Curso de Graduação em
Biblioteconomia, da Universidade Federal da
Paraíba Como requisito parcial para obtenção
do grau de Bacharela.

APROVADO EM: ____/____/2014

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ms. Alba Lígia de Almeida Silva

Prof^a Ms. Ana Claudia Medeiros

Prof^a Dr^a Izabel França de Lima

A Deus e a Nossa Senhora, minha luz.

Dedico.

AGRADECIMENTOS

Especialmente a **Deus** testemunha de todo meu esforço, que me deu esta grande oportunidade de sair do meu interior para realizar um grande sonho na minha vida, de se formar em um curso superior. Obrigada meu pai pela força, coragem e bênção que me foi concebida.

A minha digníssima, **Mãe Maria Alves** por tudo o que faz por mim, sempre acreditando no meu melhor, minha grande guerreira (Te AMO).

Ao meu querido **Pai Francisco Severo**, uma pessoa maravilhosa que sempre me mostrou a importância de estudar porque ele não teve esta oportunidade.

Ao meu querido esposo, **Rodrigo Aniceto** pela paciência nas horas de dificuldade, me dando orientação, compreensão, estímulo, incentivo, carinho. É um dos maiores incentivadores dos meus estudos, sem falar que uma das pessoas que mais admiro. Obrigada por tudo, amo você.

Ao meu único irmão, **Raniere Alves** que sempre acreditou no meu melhor.

A minha Cunhada, **Rosangela Rodrigues** que sempre me ajudou nos momentos difíceis, obrigada pelo o carinho.

A minha sobrinha, **Ana Beatriz**, amo sem explicação que chegou para a felicidade de todos.

Aos **meus familiares** que acreditam no meu crescimento profissional e que de alguma forma ajudaram.

Em especial agradeço a minha orientadora **Alba Lígia de Almeida**, uma pessoa de um coração que não cabe nela por ser tão lindo, obrigada por acreditar em mim e no meu trabalho pelo acolhimento e pela oportunidade concebida no meu TCC.

Á Prof^a. **Dr^a. Bernardina Maria Juvenal Freire de Oliveira**, obrigada por tudo que me ensinou na disciplina TCC.

Aos Professores do **Departamento de Ciência da Informação** da UFPB, todo o aprendizado que me foi dado.

Ao Professor Dr. **Carlos Xavier de Azevedo Neto**, com sua maravilhosa “frase, todo castigo para aluno é pouco.”

A minha amiga irmã, **Sthefanie Cordeiro** que eu sei que foi um presente de Deus. Uma pessoa sempre presente nos momentos bons e ruins. Nestes cinco anos de graduação nunca fizemos cara feia uma pra outra, sempre unidas com um só objetivo ajudar uma à outra. Amiga Linda.

A minha amiga, **Cristina Félix** uma anjo de Deus na minha vida, uma pessoa que eu tenho um amor muito grande, sempre presente em todos os momentos da minha vida me apoiando, incentivando, rezando por mim (Amiga anjo).

As minhas primas queridas, **Edinir Rodrigues** , **Lenny Rodrigues**, **Wanessa Rodrigues** que sempre me apoiaram, (Primas do Coração).

O agradecimento, mais que especial á você, **Elaine Cristina** sem duvidas nossa senhora me deu um grande presente que foi ter a oportunidade de conhecer uma mulher especial, com o coração cheio de Deus e também cheio de nossa senhora, que é você, sem falar que é a melhor chefe do mundo, uma grande amiga, e pra mim a melhor Bibliotecária que eu conheço, sem falar de tudo que você me ensinou, tudo que eu sei como profissional eu devo a você, minha amiga, minha irmã, mãe,conselheira (Amiga para sempre).

Ao meu trabalho, na **Faculdade Mauricio de Nassau** que me mostrou a importância da responsabilidade.

Aos meus **colegas de Trabalho**, sempre me deram força, Antônio, Maria, Dayanne, Daiana, Rodrigo, Edson, Fellipe, Jéssica, Pollyana, Arielle.

A **Residência Universitária da UFPB**, minha moradia nestes cinco anos de graduação a onde agredir, como sobreviver.

A **Universidade Federal da Paraíba**, pelas grandes oportunidades oferecidas.

Aos **participantes da pesquisa** que contribuíram para a ciência e formulação desta obra.

A **turma de Biblioteconomia 2008.2**, (Sthefanie, Renan, Naíma, Thiago, Josélia, Ronaldo, Karla, Alex, Joseane, Bruno, Andreonni, Patrícia, Fabiana, Rosiane, Leonardo, Daiana dos Santos, Daiana Basílio, Renato), amigos que vou levar por toda a vida, compartilhamento de ideias, informações trocadas para nosso engrandecimento profissional, momentos de festejos, trabalhos em grupo, enfim, cinco anos de muitos momentos vividos.

A **coordenação de biblioteconomia** representada pelas professoras Geysa Flávia e Alba Lígia, por sua brilhante gestão, como coordenadora e Vice-coordenadora.

Aos **funcionários da coordenação**, de Biblioteconomia em especial Gustavo que sempre teve uma admirável paciência e disponibilidade em ajudar.

A minha querida mãezinha, Nossa Senhora que sempre está cuidando de mim,

Enfim, minha gratidão a todos que se sensibilizaram e viabilizaram a concretização deste trabalho.

“Nossa Senhora, me dê a mão. Cuida do meu coração. Da minha vida. Do meu destino. Do meu caminho, cuida de mim!” (**Roberto Carlos**).

RESUMO

Na história da humanidade, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, conhecida como AIDS, tem apresentado, a cada dia, em grande parte da população mundial. Dessa forma, entender o conhecimento e a informação sobre a doença é de suma importância para prevenção e tratamento da doença. O estudo objetivou verificar o nível de informação e percepção sobre a AIDS de mulheres infectadas em tratamento no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). A presente pesquisa foi do tipo descritivo com delineamento transversal e abordagem quantitativa, participaram do estudo 79 mulheres portadoras do vírus HIV/AIDS cadastradas no sistema de atendimento especializado do HULW da UFPB. Os dados foram coletados do início de novembro ao final de dezembro de 2013. Os sujeitos responderam um questionário de anamnese com dados pessoais, características descritivas e sócio-demográficas; escala do Critério de Classificação Econômica Brasil para avaliação do nível socioeconômico; e o questionário de conhecimento sobre HIV/AIDS para avaliar o nível de informação sobre a doença, o questionário composto por quinze questões relativas à AIDS organizadas nos domínios: conceito, transmissão, prevenção, vulnerabilidade e tratamento, os quais apresentam como resposta nas alternativas: verdadeira, falsa e não sei. A análise de dados foi realizada no programa SPSS 16.0 através da estatística descritiva com frequência absoluta e relativa. Percebeu-se que mais da metade das mulheres apresentam baixo nível socioeconômico (88,6%) e são solteiras (38,0%). Em relação ao nível de informação sobre HIV/AIDS em todos os domínios do questionário, as mulheres apresentaram elevados níveis de acertos ($\geq 69,6\%$), exceto em nas questões quinze (27,8%) e dois (46,8%) do domínio tratamento e conceito, respectivamente. Nesse estudo foi possível concluir que a maioria das mulheres apresenta um nível elevado de conhecimento mesmo em condições adversas, como por exemplo, o baixo nível socioeconômico. O domínio que trata de aspectos relacionados a prevenção demonstrou ser o melhor em números de acertos por parte das mulheres, fato este, que ocorre pela disseminação da informação presente no HULW e em outros órgãos públicos. Entendemos que uma pesquisa desta natureza é de suma importância, para que políticas públicas sejam desenvolvidas na perspectiva de atender a essas mulheres portadoras do HIV/AIDS.

Palavras-chave: AIDS. Nível de Informação. Mulheres.

ABSTRACT

In the history of humanity, the Acquired Immune Deficiency Syndrome, known as AIDS, has present every day in much of the world's population. Thus, understanding the knowledge and information about the disease is of paramount importance for prevention and treatment of disease. To assess the level of information and perception about AIDS of women infected in treatment at Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) of the Federal University of Paraíba (UFPB). This research is a descriptive cross-sectional design and quantitative approach, participated in the study 79 women with HIV/AIDS indexed in specialized care system of HULW of the UFPB. Data were collected from early November to late December 2013, as of 08:00 am to 12:00 pm. The women answered a questionnaire on medical history with personal data, descriptive characteristics and sociodemographic; scale of the Brazil Economic Classification Criteria for evaluation of socioeconomic status; questionnaire and knowledge about HIV/AIDS to assess the level of information rises disease, the questionnaire consists of fifteen questions relating to AIDS organized in domains: concept, transmission, prevention, vulnerability and treatment, which have an answer the alternatives in true, false or not know. Data analysis was performed using SPSS 16.0 software using descriptive statistics with absolute and relative frequency. It was observed that more than half of women have low socioeconomic status (88.6%) and were single (38.0%). Regarding the level of information about HIV/AIDS in all domains of the questionnaire, women had higher levels of correct responses ($\geq 69.6\%$), except in issues fifteen (27.8%) and two (46.8%) of domain concept and treatment, respectively. Most women present a high level of knowledge even in adverse conditions, such as low socioeconomic status. The domain that deals with the prevention aspects proved to be the best in number of correct answers by women, a fact which occurs by dissemination of this information in HULW and other public bodies. Research of this nature is of paramount importance so that public policies are developed with a view to meet these women with HIV/AIDS.

Key words: AIDS. Level of Information. Wocmen.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HU	Hospital Universitário
EUA	Estados Unidos da América
SAE	Serviço de Atendimento Especializado

LISTA DE GRÁFICO

- Gráfico 1-** Casos de AIDS por ano de diagnóstico no Brasil, estratificados por década desde 1980 a 2012 segundo o Ministério da Saúde.....21.
- Gráfico 2 -** Nível de conhecimento em relação ao domínio “conceito” sobre HIV/AIDS de mulheres portadoras do vírus HIV/AIDS, pacientes do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba(N= 79).....33
- Gráfico 3 -** Nível de conhecimento em relação ao domínio “transmissão” sobre HIV/AIDS de mulheres portadoras do vírus HIV/AIDS, pacientes do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (N= 79).....34
- Gráfico 4 -** Nível de conhecimento em relação ao domínio prevenção sobre HIV/AIDS de mulheres portadoras do vírus HIV/AIDS, pacientes do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba(N= 79).....35
- Gráfico 5 -** Nível de conhecimento em relação ao domínio vulnerabilidade sobre HIV/AIDS de mulheres portadoras do vírus HIV/AIDS, pacientes do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba(N= 79).....35
- Gráfico 6 -** Nível de conhecimento em relação ao domínio tratamento sobre HIV/AIDS de mulheres portadoras do vírus HIV/AIDS, pacientes do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba(N= 79).....36

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3 SURGIMENTO DE HIV/AIDS	18
3.1 FEMINIZAÇÃO E AIDS	21
3.2 MOVIMENTO SOCIAL DA AIDS	23
3.3 O CENÁRIO ATUAL DA AIDS	24
3.4 O NÍVEL DE CONHECIMENTO É INFORMAÇÃO DA AIDS	25
4 MÉTODOLOGIA	28
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	28
4.2 ASPECTOS ÉTICOS	29
4.3 AMOSTRA	29
4.4 LOCAL DO ESTUDO	29
4.5 NÍVEL SOCIECONÔMICO	30
4.6 NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE HIV/AIDS	30
5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	31
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	38
APÊNDICE A – Questionário de dados pessoais e anamnese	42
APÊNDICE B – Questionário de conhecimento sobre HIV/AIDS	43
ANEXO A – Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa	44
ANEXO B – Critério de classificação econômica Brasil	45

1 INTRODUÇÃO

Na história da humanidade, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, conhecida como AIDS, nos Estados Unidos da América e no Brasil, os primeiros casos de AIDS foram identificados no ano de 1980. Ninguém sabia direito sobre a doença, e as pessoas infectadas apresentavam múltiplos sintomas que evoluíam com uma rapidez impressionante, até chegar à morte, as evidências demonstraram que se tratava de homens jovens, previamente saudáveis, com comportamento homossexual (BRITO; CASTILHO; SZWARCWALD, 2000).

Durante a década de 1980, dados epidemiológicos da AIDS no Brasil constituíam semelhantes aos de muitos países como da África Austral, tendo em vista, que atualmente, a epidemia representava imediações muito serias (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009).

Nesse período, evidências apontavam para o risco a epidemia se generalizar na população brasileira e provocar expressivo impacto na economia e na saúde. Esse temor era justificado pela velocidade de crescimento da doença no Brasil, um país marcado pela diversidade social, econômica e cultural, justificava o surgimento de um expressivo número de novos casos entre mulheres e homens heterossexuais e a manutenção de incidências altas em grupos sociais mais vulneráveis (PARKER; CAMARGO, 2000; BASTOS; SZWARCWALD, 2000).

Com a descoberta do HIV, a inserção de políticas públicas de atuações na prevenção e no cuidado, contudo, foram criadas, visto que o aumento no número de pessoas infectadas persiste particularmente nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. Em menos de quinze anos, a AIDS já era uma epidemia de grandes proporções, disseminada em todos os continentes (LOPES, 2003).

Após muito tempo, nos países a epidemia do HIV/AIDS cresceu mais rapidamente entre os homens, como no Brasil, as mulheres portadoras eram muito pouco, somente a partir de 1993, quanto na África, já contava 4 milhões de mulheres com AIDS e uma mulher para cada homem doente (PAIVA et. al, 2002).

De acordo com Instituto Patrícia Galvão (IPG, 2003) que para começar a desenvolver os sintomas da AIDS em pessoas Infectadas pelo vírus HIV demora entre de 8 a 10 anos assim, só então a doença é notificada como um novo caso e incluída nos registros mantidos pelo Ministério da Saúde. Estima-se que existam 597 mil pessoas entre 15 e 49 anos infectadas pelo HIV (0,65% do total da população). Apesar 30% dos brasileiros já tenham feito o teste anti-HIV, calcula-se que cerca de 300 mil a 400 mil pessoas tenham o vírus e

ainda não estejam diagnosticadas. Tudo indica que uma importante parcela dessa população sem diagnóstico é composta por mulheres (IPG, 2003).

Observando-se a epidemia por região em um período de 10 anos, 2001 a 2011, a taxa de incidência caiu no Sudeste de 22,9 para 21,0 casos por 100 mil habitantes. Nas outras regiões, cresceu: 27,1 para 30,9 no Sul; 9,1 para 20,8 no Norte; 14,3 para 17,5 no Centro-Oeste; e 7,5 para 13,9 no Nordeste. Vale lembrar que o maior número de casos acumulados está concentrado na região Sudeste (56%) (BRASIL, 2013).

A AIDS, cada vez mais vem atingido às mulheres com um risco persistente nas faixas etárias de 35 anos ou mais, vêm aumentando também a notificação de casos de pessoas com sete anos de estudo ou menos, e mais da metade dos municípios brasileiros, mesmo os menores e mais distantes, apresentam ao menos um caso de AIDS notificado. Isto traz como desafios a necessidade de uma incorporação cada vez maior das ações de prevenção e assistência ao HIV/AIDS no âmbito dos serviços e atividades de atenção à saúde das mulheres e a urgência na elaboração de políticas adequadas ao enfrentamento do binômio AIDS/Pobreza, a AIDS é a quarta causa de óbito de mulheres de 10 a 49 anos no Brasil e a primeira causa entre as doenças infecciosas (IPG, 2003).

Segundo Paiva (1998) os gênero não afetam apenas as mulheres, mais também os homens. O valor das condições de gênero sobre as mulheres tem sido descrito nas últimas duas décadas de intensa produção feminista. Vários outros estudos feministas têm demonstrado que a cultura sexual nas quais mulheres e homens são socializados, é um dos fatores que dificultam conter a epidemia da AIDS, entendemos os condicionantes de gênero como algo que diz respeito à mesma cultura que constrói e oprime os dois sexos, e que torna difícil para homens e mulheres agir em benefício da sua saúde.

Nesse sentido, segundo Giacomozzi e Camargo (2004) o importante é trabalhar a prevenção exclusive com um dos sexos é desconsiderar o caráter relacional dos gêneros e depositar sobre as mulheres a responsabilidade de negociar com seus parceiros práticas de sexo seguro, sendo que elas mesmas ainda possuem dificuldade de se visualizarem em uma posição de risco.

Quando se analisa o desenvolvimento da epidemia no sexo feminino nos país, observam-se três períodos distintos em termos de risco para a infecção pelo HIV, o primeiro período, até 1986, quando a transmissão pela via sexual era a mais importante, sendo, naquele momento, as parcerias com homens que fazem sexo com homens (HSH) e homens transfundidos as mais frequentes. O segundo momento, do fim da década de 80 ao início da década de 90, em que o uso de drogas injetáveis aparece como uma importante forma de

infecção pelo HIV, e o terceiro período, do início dos anos 90 até o presente momento, que apresenta nítido predomínio da prática heterossexual como forma de transmissão do HIV para as mulheres (SANTOS et. al, 2009).

Diante do índice elevado de indivíduos portadores de HIV/AIDS, podemos deduzir que a disseminação da informação sobre a AIDS é de suma importância para a prevenção, controle e tratamento da doença.

Nesse sentido, Ferreira (2008) relata que a falta de informações básicas contribui substancialmente para aumentar a vulnerabilidade ao HIV/AIDS, dessa forma, a transformação do conhecimento sobre a AIDS na adoção de práticas protetoras, é mediada por questões de gênero, classe social, raça e outros componentes sociais das alternativas e perspectivas que se apresentam para o indivíduo.

Diante do exposto, pode-se observar há necessidade de estudar a disseminação da informação em portadores do vírus HIV/AIDS. Adicionalmente, o motivo que levou a realizar esta pesquisa surgiu após uma visita realizada no Hospital Clementino Fraga na cidade João Pessoa, no qual foi observa muitas pessoas, com este vírus logo surgiu uma ideia de fazer meu TCC com este tema, esta pesquisa tem como forço conhecer o grau de informação das mulheres sobre o vírus da AIDS, saber como elas conviver com está doença, que ate hoje tem muito preconceito passaram trinta e quatro anos é ainda as pessoas conhecer muito pouco sobre o vírus.Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo verificar o nível de informação e percepção sobre o HIV/AIDS de mulheres infectadas em tratamento no Hospital Universitário Lauro Wanderley

2 OBJETIVOS

Os objetivos desta pesquisa foram assim definidos.

2.1 Objetivo Geral

Verificar o nível de informação e percepção sobre o HIV/AIDS de mulheres infectadas em tratamento no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW).

2.2 Objetivos específicos

- Conhecer o perfil das mulheres infectadas pelo HIV/AIDS em tratamento no HULW.
- Identificar o nível de conhecimento sobre HIV/AIDS nos domínios relacionados a conceito, transmissão, prevenção, vulnerabilidade e tratamento.
- Identificar as situações que possam interferir no processo de acesso à informação sobre HIV/AIDS.
- Disseminação da informação sobre HIV/AIDS.

3 SURGIMENTO HIV/AIDS

No início, do aparecimento da AIDS na África a mais de quarenta anos, da década de 70 e início dos anos 80 essa doença começou a atingir pessoas do Mundo inteiro. Que é considerado um problema de saúde pública.

De acordo com Paiva (1989), o primeiro caso tenha surgido nos Estados Unidos, em 1978 envolvendo cinco jovens homossexuais masculinos, que chegaram a hospitais em Los Angeles apresentando uma rara infecção. A partir de então os casos vem se multiplicando de forma geométrica.

No Brasil, Figueiredo (2005), relata que na primeira década de 1980, a epidemia manteve-se restrita a São Paulo e Rio de Janeiro. A partir do final dessa década, observou-se a disseminação da doença para outras regiões do nosso país

Desde o seu surgimento, em 1980, que a AIDS vem atraindo uma atenção cada vez maior mundo, já que se trata de uma epidemia que ameaça a todos. Apesar da AIDS ser considerada, atualmente, uma doença incurável, os avanços científicos referentes ao retardo dos sintomas da doença dependem do tratamento medicamentoso, o qual tem elevado à sobrevivência dos indivíduos que convivem com a infecção pelo HIV, antes do tratamento da terapia múltipla ou tripla dos antirretrovirais, os pacientes necessitavam de longos períodos de internação sob cuidados contínuos de uma equipe multiprofissional, porém, hoje, os pacientes dispõem da oportunidade de continuar seu tratamento no domicílio, desfrutando do convívio familiar (GIR; REIS, 2001).

O vírus da AIDS, o HIV, é um retrovírus com genoma RNA pertencente ao grupo dos retrovírus citopáticos não oncogênicos, que causa imunossupressão profunda e consequente quadro de infecções oportunistas, neoplasmas secundários e distúrbios neurológicos (ABBAS et. al., 2000). Se formos levar em consideração a biologia do vírus, o HIV é classificado na subfamília dos Lentiviridae, esses vírus compartilham algumas características comuns período de incubação prolongado antes do surgimento dos sintomas da doença, infecção das células do sangue e do sistema nervoso e supressão do sistema imune.

Esse vírus ataca principalmente as células chamadas de linfócitos TCD4+ células essas que são produzidas na medula óssea e maturadas no timo, que são responsáveis principalmente por regular/auxiliar diversos processos de defesa do sistema imune. O HIV liga-se a um componente da membrana dessa célula, o CD4+, penetrando no seu interior para se multiplicar. A deficiência de linfócitos TCD4+ promove uma severa imunodeficiência devido aos seguintes fatores: não ocorre a troca das imunoglobulinas produzidas pelos

linfócitos B, não há resposta T Helper I nem T helper II. Com isso, o sistema de defesa vai pouco a pouco perdendo a capacidade de responder adequadamente, tornando o corpo mais vulnerável a doenças (BRASIL, 2008).

O HIV é um agente cuja transmissibilidade se dá essencialmente pelo ato sexual entre gênero igual e/ou diferente, existindo a troca de secreções sexuais; pela recepção de sangue contaminado, seja por transfusões, agulhas contaminadas ou por uso compartilhado de agulhas e seringas durante o uso de drogas injetáveis; por barreira placentária, no parto e, finalmente, por leite materno. Além disso, transplantes de órgãos infectados também podem usar a infecção do receptor, vale salientar, que não há transmissão no contato social, pelo beijo, pelo suor, pela saliva, pelo fômites ou ainda pelos insetos (BRASIL, 2004).

Quando ocorre a infecção pelo vírus causador da AIDS, o sistema imunológico começa a ser agredido, é na primeira fase, chamada de infecção aguda, que ocorre a incubação do HIV – o tempo da exposição ao vírus até o surgimento dos primeiros sinais da doença, esse período varia de três a seis semanas, e o organismo leva de 30 a 60 dias após a infecção para produzir anticorpos anti-HIV. Os primeiros sintomas são muito parecidos com os de uma gripe, como febre e mal-estar, por isso, a maioria dos casos passa despercebido, já que alguns indivíduos entendem com uma simples virose.

A próxima fase é marcada pela forte interação entre as células de defesa e as constantes e rápidas mutações do vírus, mas que não enfraquece o organismo o suficiente para permitir novas doenças, pois os vírus amadurecem e morrem de forma equilibrada, esse período que podem durar muitos anos, é chamado de assintomático (BRASIL, 2013).

Com o frequente ataque, as células de defesa começam a funcionar com menos eficiência até serem destruídas, o organismo fica cada vez mais fraco e vulnerável a infecções comuns, a fase sintomática inicial é caracterizada pela alta redução dos linfócitos T CD4 - glóbulos brancos do sistema imunológico - que chegam a ficar abaixo de 200 unidades por mm de sangue. Em adultos saudáveis, esse valor varia entre 800 a 1.200 unidades, os sintomas mais comuns são: febre, diarreia, suores noturnos e emagrecimento, a baixa imunidade permite o aparecimento de doenças oportunistas, que recebem esse nome por se aproveitarem da fraqueza do organismo com isso, atinge-se o estágio mais avançado da doença, a AIDS. Quem chega a essa fase, por não saber ou não seguir o tratamento indicado pelos médicos, pode sofrer de hepatites virais, tuberculose, pneumonia, toxoplasmose e alguns tipos de câncer, por determinação federal, o Sistema Único de Saúde fornece todos os pacientes infectados pelo HIV acesso ao tratamento aos medicamentos pelo serviço público (BRASIL, 2013).

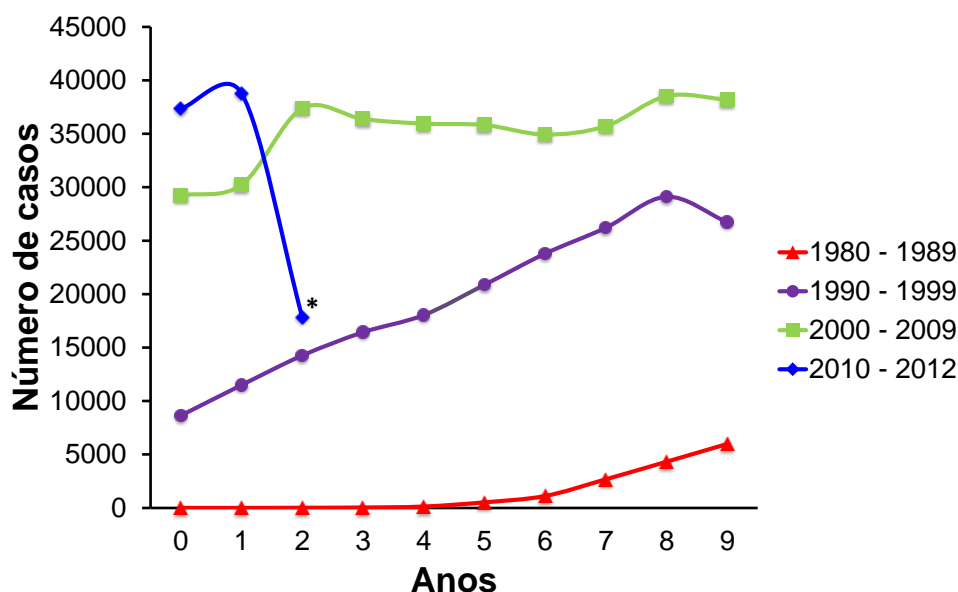
Com o advento de novas técnicas farmacológicas, em 1991, quando surgiram os primeiros medicamentos Zidovudina (AZT) e Didanosina (DDI), e, posteriormente, em 1996, com a terapia anti-retroviral, conhecida como “coquetel”, e outros tratamentos não-farmacológicos como protocolos de exercícios, os indicadores de mortalidade por AIDS sofreram alterações acentuadas, dando nova perspectiva e outra dimensão à doença, principalmente nos países em que a disponibilidade da terapia anti-retroviral é gratuita, como no Brasil (FEITOSA, et. el, 2008; SEIDL et. al., 2005). Dessa forma as pesquisas passaram a ter uma preocupação cada vez mais frequente com o nível de qualidade de vida desses indivíduos e quais intervenções podem ser feitas para melhorar esses índices.

Os anti-retrovirais atuam diretamente no processo de virulência na célula e, também, na replicação viral, fazendo com que a multiplicação do HIV seja reduzida; com isso, diminui-se a quantidade de vírus no organismo, retardando o desenvolvimento da doença. Cada medicamento age numa determinada etapa da reprodução do vírus, de modo a impedir sua replicação nas células de defesa CD4 e a perder sua capacidade detectável (FEITOSA, et. el, 2008).

A infecção pelo HIV não afeta de forma severa somente a saúde física dos pacientes, mas também provoca impacto relevante na vida emocional, social e sexual destes indivíduos, diversos aspectos biopsicossociais têm sido investigados associados com melhor ou pior qualidade de vida dos indivíduos com HIV/AIDS. A qualidade de vida de indivíduos com HIV/AIDS está, portanto, fortemente associada às características sociodemográficas como idade, gênero, raça/etnia, nível educacional, renda, emprego e tipo de acesso aos cuidados de saúde, bem como a fatores psicossociais (REIS, et al,2011).

A crescente incidência da AIDS, em especial entre as mulheres, cresce de maneira acentuada, evidenciando uma gravidade que ultrapassa os aspectos puramente biológicos. Em 1986, penas 5% dos casos de AIDS notificados eram do sexo feminino, e nos últimos anos, eleva-se para cerca de 30% Viver com a condição de ser mulher com AIDS traz uma série de mudanças em suas vidas e na de seus familiares. As dificuldades que advém, muitas vezes, nem a própria mulher, a sua família e a equipe de saúde estão preparadas para enfrentá-las (MARTINS et al, 2008).

Gráfico 1 – Casos de AIDS por ano de diagnóstico no Brasil, estratificados por década desde 1980 a 2012 segundo o Ministério da Saúde.



Fonte: Ministério da saúde, junho de 2012.

De acordo com o Ministério da Saúde (gráfico 1), desde 1980 a incidência de AIDS tem crescido de forma alarmante no Brasil, entretanto, a partir do ano de 2011 acredita-se que esse dado diminua até o final de 2012, tendo em vista, que em 2010 37.359 mil indivíduos relataram ser portadores do vírus HIV e em até junho de 2012 foi observado 17.819 indivíduos. Desde o início da epidemia, em 1980, até junho de 2012, o Brasil tem 656.701 casos registrados de AIDS, de acordo com o último Boletim Epidemiológico (BRASIL, 2013).

Observando-se a epidemia por região em um período de 10 anos, 2001 a 2011, a taxa de incidência caiu no Sudeste de 22,9 para 21,0 casos por 100 mil habitantes. Nas outras regiões, cresceu: 27,1 para 30,9 no Sul; 9,1 para 20,8 no Norte; 14,3 para 17,5 no Centro-Oeste; e 7,5 para 13,9 no Nordeste. Vale lembrar que o maior número de casos acumulados está concentrado na região Sudeste (56%) (BRASIL, 2013).

3.1 FEMINIZAÇÃO E AIDS

Compreender que o HIV-1 é essencialmente transmitido por via sexual e ao contrário do que se pensou no início da década de 80, a infecção causada por este vírus não se limita à

identidade sexual, mas sim aos comportamentos adotados historicamente os primeiros casos da infecção ocorrerem entre homossexuais masculinos, nos últimos anos houve um aumento dos casos entre os heterossexuais e atualmente o que se observa é o processo de feminilização da AIDS. Em 1983, o número de casos no Brasil correspondia à proporção de 40 homens para 1 mulher; a partir de 1998, vem se mantendo, com fortes tendências a tornar-se a transmissão heterossexual do HIV-1 pode ocorrer tanto a partir da mulher infectada para o homem não-infectado quanto do homem infectado para a mulher não contaminada.

Estudos mostram que a transmissão homem/mulher é mais efetiva, uma vez que elas podem ser receptivas do sêmen e pelo fato de o vírus apresentar-se em quantidade significativamente maior, quando comparado ao conteúdo vaginal. Pode-se considerar que a mulher se tem tornado uma das maiores vítimas da transmissão heterossexual deste vírus, com o agravante adicional da transmissão vertical, que é uma das principais formas de disseminação desse vírus na população. Porém, o próprio desenvolvimento da AIDS revelou que não existe um grupo de risco – antes associado principalmente aos homossexuais masculinos, prostitutas e usuários de drogas injetáveis – mas sim, “práticas de risco. Um exemplo disso é o atual quadro de acelerado crescimento da chamada feminização da AIDS (GIR et al, 2004).

Essa nova configuração da doença, assim como a incidência de novos casos de infecção na população em geral, atesta a insuficiência dos diversos saberes e profissões que atualmente se dedicam ao seu combate. Neste sentido, apesar do amplo conhecimento que há muito se tem das formas de prevenção da AIDS, seja o sexo seguro com o uso do preservativo ou a troca de seringas na forma de redução de danos para usuários de drogas injetáveis, ainda não há a redução esperada de novos casos de contaminação pelo HIV. Essa situação adquire grande destaque na atualidade com o fenômeno de feminização da AIDS, posto que cada vez mais mulheres vêm se contaminando por meio de práticas heterossexuais na maioria das vezes, através de parceiros estáveis as mulheres portadoras do vírus, precisa fazer frente às suas necessidades de saúde e qualidade de vida como uma forma incondicional, e sobretudo, considerar seus direitos indicam que não encontram espaço suficiente em que se sintam mais à vontade para conversar sobre sua vida sexual, conforto que deveria ser maior se pensarmos no impacto que o uso inconsistente de camisinha pode ter para a sua saúde e a de seus parceiros (LIMA, 2008).

O número de mulheres empobrecidas é grande entre as portadoras. Porém, a lenta adequação dos serviços que atendem as pacientes soropositivas demonstra que a feminização da epidemia precisa fazer frente às necessidades de saúde e qualidade de vida como mulher de

forma integral,. Ao mesmo tempo, os casos de mulheres que nunca foram atendidas em aconselhamento chamam a atenção, especialmente porque vivem em cidades com um grande número de casos e onde, supostamente, concentram-se bons recursos especializados (PAIVA, 2002).

3.2 MOVIMENTO SOCIAL DA AIDS

Segundo Silva (1998) o movimento social que surge na luta contra a epidemia da AIDS no Brasil é concomitante às primeiras discussões governamentais à respeito, ocorridas em 1985. A resposta governamental atende às pressões internas e externas, na medida em que durante os anos 80 grande parte dos países industrializados criou unidades especiais ou coordenações para conceber e gerar programas de luta contra a AIDS. Nesse sentido,

o processo social no conjunto é um processo de familiarização pelo qual os objetos e os indivíduos vêm a ser compreendidos e distinguidos na base de modelos ou encontros anteriores. A predominância do passado sobre o presente, da resposta sobre o estímulo, da imagem sobre a “realidade” tem como única razão fazer com que ninguém ache nada de novo sob o sol. A familiaridade constitui ao mesmo tempo um estado das relações no grupo e uma norma de julgamento de tudo o que acontece (MOSCOVICI, 1961, p.26,).

Assim, percebe-se que a situação sociocultural dos anos 1970 e 1980 foram marcadas pela conquista de liberdades individuais e pelo avanço no reconhecimento dos direitos de populações socialmente marginalizadas, como mulheres, homossexuais e negros, e este ativismo político que permitiu a imediata reação de movimentos sociais frente à AIDS, tanto no plano da atenção à saúde como na prevenção e no combate às situações de discriminação dirigidas aos grupos mais afetados e às pessoas vivendo com HIV e AIDS. Esse movimento, do qual participaram, entre outros, igrejas, setor privado, comunidade científica e organizações não governamentais (ONGS), além de impulsionar as políticas públicas, permitiu uma organização social fundada na solidariedade, um conceito compreendido, no âmbito do movimento social, como uma ação coletiva cuja finalidade é preservar a cidadania dos doentes e dos grupos mais atingidos. Quanto à estratégia internacional adotada pelo Brasil, além de influir no contexto global, possibilitou o fortalecimento da resposta à

epidemia da AIDS dentro do próprio país passou a reivindicar a não negação da doença e do doente, questionando a AIDS como elemento de exclusão e de morte civil. Passou a ser construída uma identidade social do doente calcada na ideia de cidadania e de direito à vida (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009).

3.3 O CENÁRIO ATUAL DA AIDS

Nos últimos anos no Brasil, AIDS esta estável isso é bastante importante para mostrar que as políticas de saúde estão ajudando, as pessoas a mais bem informado sobre a infecção.

De acordo com o Boletim Epidemiológico (ano base de 2010), foram notificados (pelo Sinam, SIM, Siscel/Siclom) 608.230 casos de AIDS acumulados de 1980 a junho de 2011, sendo 397.662 (65,4%) no sexo masculino e 210.538 (34,6%) no feminino a razão de sexo vem enfraquecendo ao longo dos anos em 1985, para cada 26 casos de AIDS entre homens, havia um caso entre mulheres. Em 2010, tal relação foi de 1,7 homens para cada caso em mulheres a taxa de prevalência da infecção pelo HIV na população de 15 a 49 anos mantém-se estável em 0,6% desde 2004, sendo 0,4% entre as mulheres e 0,8% entre os homens em relação aos grupos populacionais com mais de 18 anos de idade em situação de maior vulnerabilidade, estudos realizados em dez municípios brasileiros, entre 2008 e 2009, estimaram taxas de prevalência de HIV de 5,9% entre usuários de drogas (UD),² de 10,5% entre homens que fazem sexo com homens (HSH)³ e de 4,9% entre mulheres profissionais do sexo (BRASIL, 2012).

O Brasil vem aumentando esforços na luta contra a epidemia e investe no desenvolvimento de ações para a promoção da saúde, a prevenção da infecção e a assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Com a AIDS, percebemos que a desigualdade, o preconceito, a discriminação, o racismo também são doenças graves, que acometem grande parcela da sociedade brasileira entendemos que garantir assegurar e promover saúde significa combater tanto os males causados por vírus, bactérias e afins como aqueles provenientes de valores morais conservadores, segregacionistas e reacionários. Aprendemos que saúde e dignidade são as duas faces de uma mesma realidade. E que lutar por saúde é antes de tudo lutar pela dignidade humana, no sentido mais amplo e irrestrito que esse termo pode possuir.

Quando se descobrem portadoras do HIV, buscam na fé a força que precisam para superar as dificuldades e enfrentar o diagnóstico que as coloca diante da única certeza que se em nesta vida: a de que um dia todos iremos morrer, independentemente de sermos soropositivos ou não (GUILHERME, F. 2003, p. 12)

Ao afirmarem que a AIDS aparece em todas as camadas sociais, sendo que ao longo dos anos tem havido um aumento de número de casos entre pacientes com escolaridade mais baixa. No estado da Paraíba, fato também se mostra evidente. De acordo com Soares (2006), apesar da frequente veiculação pela média de campanhas educativas, muitas pessoas ainda não acreditam na existência da doença, fato que pode apontar para a premissa de que algumas pessoas ou não dão crédito suficiente à doença, ou não estão tendo acesso a essas informações ficando mais vulneráveis a adquirir o vírus.

3.4 O NÍVEL DE CONHECIMENTO É INFORMAÇÃO DA AIDS

As pesquisas identificam que os portadores do vírus tem pouca informação sobre esta doença. Isso é uma das causas de maior contaminação entre elas a falta de conhecimento.

Muitos estudos mostram que, as informações disponíveis não são bastante ainda. Muitas mulheres tem pouco conhecimento sobre o vírus HIV/AIDS. O nível de informação sobre AIDS não é suficiente para que uma pessoa tome um procedimento protetor, porém a ausência de informações básicas contribui substancialmente para acrescentar sua vulnerabilidade ao HIV/AIDS (FERREIRA, 2008).

Permitido assegurar, que a AIDS se invade em meio aos grupos populacionais em circunstâncias mais vulneráveis, tanto na escala socioeconômica como as questões de gênero. A tudo isso une-se a difícil posição social e econômica de grande parte da população brasileira, cometendo com que o acesso à informação e aos serviços de saúde se torne muito difícil, quando não impossível. Para as mulheres, nos casos pode ser mais grave, pois frequentemente passam as consequências tanto da desigualdade socioeconômica quanto da de gênero (BASTOS; SZWARCOWALD, 2000).

Segundo, Ferreira (2003) A indisponibilidade, de informações colabora para o aumento da vulnerabilidade; na circunstância das políticas públicas para o combate ao HIV/AIDS é imprescindível avaliar o nível de informação e a percepção que a população tem sobre o assunto, dispor de informações sobre conduta sexual, além de avaliar suas condições de vida.

A além das vinculações AIDS-subdesenvolvimento; AIDS-pobreza; AIDS-insegurança /instabilidade econômica que estão subtraindo vidas, chama a atenção à perda de vidas femininas. Por outras razões, tais como a falta de informação e acesso aos recursos preventivos, exploração sexual por razões comerciais, a proporção de mulheres vivendo com HIV/AIDS vem aumentando contundentemente, embora o maior contingente de infectados e doentes ainda seja masculino (LOPES, 2003).

No Brasil a principal fonte de informações sobre AIDS é a vigilância epidemiológica. A Vigilância epidemiológica da AIDS segundo o Ministério da Saúde (2006) baseia-se nas informações geradas pela notificação de casos disponibilizados em banco de dados do Ministério da Saúde como o Sistema de Informação e Agravos de Notificação (SINAN), o objetivo do banco de dados SINAN é acompanhar o crescimento das doenças, infecções no tempo e espaço e o conjunto de atitudes de risco, tendo em vista orientar suas ações.

O grau de informação sobre AIDS não é suficiente para que uma pessoa adote um comportamento protetor, porém a falta de informações básicas contribui substancialmente para aumentar sua vulnerabilidade ao HIV/AIDS. Segundo Ferreira (2008) as classes que afetam a vulnerabilidade individual são de ordem cognitiva (informação, consciência do problema e das formas de enfrentá-lo), comportamentais (interesse e habilidade para transformar atitudes e ações a partir daqueles elementos cognitivos) e sociais (acesso a recursos e poder para adotar comportamentos protetores, políticas públicas controle do HIV, é necessário haver conhecimentos constantemente atualizados, referentes ao nível de informação).

Para Silva et al. (2002), a falta de informação sobre a AIDS e a exposição de informações equivocadas, causou um conjunto de crueldades às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil. Nesse contexto, instituições e profissionais de saúde recusaram-se a tratar acidentes com AIDS e especialistas em medicina disseminaram informações alarmistas e injustas, estimulando ainda mais o preconceito contra as pessoas infectadas pelo vírus. Para Carmargo Júnior (1995), tal posicionamento moral da sociedade, unido à expressiva cooperação do discurso normalizador da medicina, atribuiu culpa e responsabilidade pelo fato de uma pessoa estar doente de AIDS ou portadora do HIV, pois o seu estilo de vida rompeu com os comportamentos socialmente aceitáveis, sendo as vítimas culpadas, em contraposição

às vítimas inocentes, representadas pelas pessoas infectadas por transfusão sanguínea ou pela transmissão vertical.

4 METODOLOGIA

Segundo Lakatos e Marconi (1996, p. 15) pesquisar não é apenas procurar a verdade, é encontrar respostas para questões propostas, utilizando métodos científicos”. Já Andrade (2006, p. 129) define como “conjunto de métodos ou caminhos que são percorridos na busca do conhecimento”.

Neste sentido, entende-se que a pesquisa é um estudo estruturado e organizado, na qual se baseia não somente em compreender seus métodos e técnicas para serem utilizados.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A presente pesquisa caracteriza-se como descritiva com delineamento transversal e abordagem quantitativa. Neste tipo de delineamento, a identificação e a relação entre as variáveis são determinadas em um período determinado de tempo, a exposição ao fator ou causa estão presente no momento ou intervalo em que for analisado, descrevendo a frequência, características e relação entre variáveis (HOCHMAN et al., 2005; SOUSA; MENDES; DRIESSNACK, 2007). Pesquisa quantitativa abrange a análise dos números para a alcance da resposta à pergunta ou hipótese da pesquisa, é também adota estratégia sistemática, objetiva e rigorosa.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi iniciado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, em seguida foram agendadas as datas de coleta, de acordo com os dias que tinha atendimento para elas no HU, as participantes foram esclarecidas quanto ao objetivo e os procedimentos do estudo, todas foram informadas que a participação no estudo seria voluntária, seguindo com a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido .

4.3 AMOSTRA

O universo foi, constituído de mulheres portadoras do vírus HIV/AIDS do Hospital Universitário Lauro Wanderley. Foram incluídas na pesquisa mulheres que são cadastrada no setor no SAE o serviço de atendimento especializado do hospital HU, elas tinha que ser maior de idade. A pesquisa teve 79 mulheres, os dados foram coletados do início de novembro ao final de dezembro de 2013, nos horários de 08:00 da manhã ao 12:00 que responderam os questionários, social. Econômico, é conhecimento sobre HIV/AIDS.

4.4 LOCAL DO ESTUDO

O Hospital Universitário Lauro Wanderley é o hospital escola da Universidade Federal da Paraíba, autarquia federal vinculada ao Ministério da Educação, sendo parte integrante e inseparável destes, que foi fundado em 1980 e situado no campus Universitário I, bairro Castelo Branco, no município de João Pessoa, o HULW representa estrutura de saúde de referência para o estado da Paraíba. É ainda tem um serviço de atendimento para as pessoas portadoras do vírus HIV/AIDS, especializado (SAE) do Hospital Universitário Lauro Wanderley, o setor foi criado em 2002, a partir de um projeto do Dr. Otávio, diretor médico do HULW, hoje recebe mensalmente cerca de 100 mulheres com HIV, para acompanhamento, consultas, receber a medicação.

4.5 NÍVEL SOCIECONÔMICO

Foi utilizado a escala do Critério de Classificação Econômico Brasil (CCEB), proposto pela ABEP (2008), que busca estimar o poder de compra das pessoas, através de um sistema de pontos, que visa uma divisão das mesmas em classes econômicas, classificando os sujeitos como A1 (42 a 46 pontos), A2 (35 a 41 pontos), B1 (29 a 34 pontos), B2 (23 a 28 pontos), C1 (18 a 22 pontos) e C2 (14 a 17 pontos), D (8 a 13 pontos), E (0 a 7 pontos), (Anexo C).

4.6 NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE HIV/AIDS

Utilizou-se o questionário com quinze perguntas de conhecimento sobre HIV/AIDS adaptado de Lazzarotto et. al (2008) e com base em Natividade e Camargo (2012), este instrumento tem como característica conhecer o nível de informação das mulheres sobre este vírus, as questões relativas à AIDS estão organizadas nos domínios conceito, transmissão prevenção, vulnerabilidade e tratamento, os quais apresentam como resposta as alternativas “verdadeiro”, “falso” e “não sei” (APÊNDICE B).

Questionário consiste basicamente em traduzir os objetivos específicos da pesquisa em itens bem redigidos. Naturalmente, não existem normas rígidas a respeito da elaboração do questionário. Todavia, é possível, com base na experiência dos pesquisadores, definir algumas regras práticas a esse respeito: “As questões devem ser preferencialmente fechadas, mas com alternativas suficientemente exaustivas para abrigar a ampla gama de respostas; Devem ser incluídas apenas as perguntas relacionadas ao problema proposto” (GIL, 2010, p. 103).

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A amostra do presente estudo foi composta por 79 mulheres, todas portadoras do vírus HIV/AIDS e pacientes do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba. A TABELA1 inicialmente abordaremos as características descritivas e sociodemográficas, que estão apresentadas das mulheres, podemos observar que no nível socioeconômico dos sujeitos, destaca-se que a maioria das pessoas (n= 39, 49,4%) faz parte da classe econômica E, entretanto, nenhum indivíduo se enquadrrou nas classes A1, A2, B1, C1. Percebe-se que mais da metade das mulheres apresentam baixo nível socioeconômico o que pode limitar a aquisição de informações sobre o HIV/AIDS ou ter acesso aos cuidados necessários para prevenção e tratamento da doença. Nesse sentido, Ferreira (2003) através de um levantamento realizado em 24 Estados brasileiros e o Distrito Federal, observou que a maioria da população brasileira se encontra entre as classes C-E, e que o nível de informação aumenta conforme ocorre uma melhoria nas condições socioeconômicas.

Em relação ao estado civil a maioria das mulheres era solteira (n= 30, 38,0%) e outro (n= 30, 38,0%), diferentemente de viúvo (n= 3, 3,8%), casado (n= 14, 17,7%) e desquitado/divorciado (n= 2, 2,5%). Geralmente, quando se trata de mulheres ou homens portadores do vírus HIV/AIDS, os estudos mostram que a grande maioria é solteira (FERNANDES et al., 2009; FERREIRA; OLIVEIRA; PANIAGO, 2012). No consumo de tabaco, observou-se que 68 mulheres (86,1%) não fazem o uso de cigarros, porém, 11 (13,9%) são usuários. Em contrapartida, no consumo de bebida alcoólica, 63 indivíduos (79,7%) relataram ingerir bebida, enquanto, 16 (20,3%) não têm habito de consumir bebidas alcoólicas.

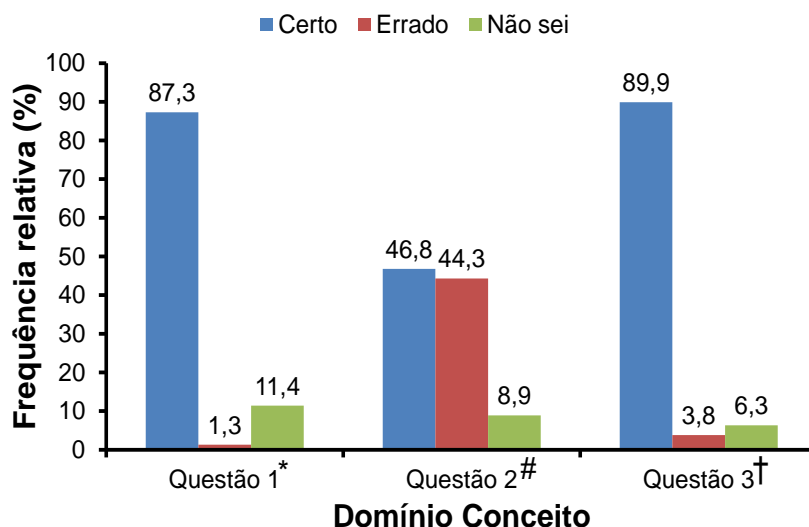
Tabela 1 – Características descritivas e sociodemográficas de mulheres portadoras do vírus HIV/AIDS, pacientes do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (N= 79).

Variáveis/Categorias	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
<i>Nível socioeconômico</i>		
B2	1	1,3
C2	8	10,1
D	31	39,2
E	39	49,4
<i>Estado civil</i>		
Solteiro	30	38,0
Viúvo	3	3,8
Casado	14	17,7
Desquitado/Divorciado	2	2,5
Outro	30	38,0
<i>Tabagismo</i>		
Não	68	86,1
Sim	11	13,9
<i>Etilismo</i>		
Não	16	20,3
Sim	63	79,7

Fonte: dados da pesquisa 2013.

A seguir será ilustrado o gráfico 2 o nível de conhecimento sobre HIV/AIDS no domínio “conceito” está apresentado no Gráfico 2 , onde podemos observar que o maior percentual de erro (44,3%) ocorreu quando as mulheres foram questionadas com a seguinte pergunta: A pessoa com o vírus da AIDS sempre apresenta os sintomas da doença?. Nesse sentido, nossos dados corroboram com o estudo de Lazzarotto et al. (2008) em relação ao grau de acerto (49,4%) nesta questão, quando participaram 510 idosos (60 a 90 anos) em ambos os sexos da amostra. Por outro lado, nas outras questões deste domínio, 87,3% e 89,9%, respectivamente, afirmaram que o vírus HIV é o causador da AIDS (questão 1) e que o vírus da AIDS é identificado através de exames de laboratório (questão 3).

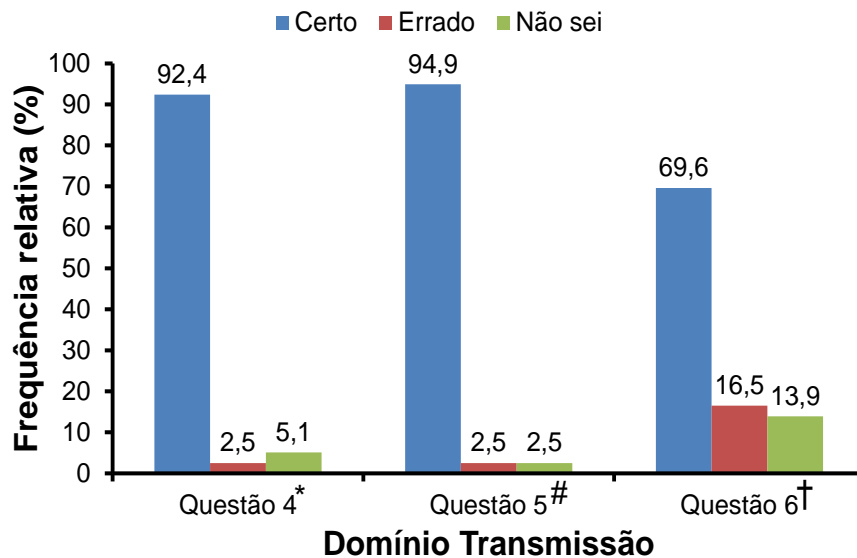
Gráfico 2 – Nível de conhecimento em relação ao domínio “conceito” sobre HIV/AIDS de mulheres portadoras do vírus HIV/AIDS, pacientes do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (N= 79).



Fonte: Dados da pesquisa – Novembro/Dezembro 2013. (1* – O vírus HIV é o causador da AIDS; 2# – A pessoa com o vírus da AIDS sempre apresenta os sintomas da doença; 3† – O vírus da AIDS é identificado através de exames de laboratório).

Quanto ao domínio “transmissão” apresentado no Gráfico 3 (a seguir), podemos observar que 92,4% responderam de forma correta relatando que o vírus da AIDS não pode ser transmitido por sabonetes, toalhas e assentos sanitários, bem como, por abraço, suor, beijo no rosto e beber no mesmo copo (94,9%). Em contrapartida, 16,5% e 13,9%, respectivamente, erraram e não souberam se o vírus da AIDS pode ser transmitido por picada de mosquito, totalizando 30,4%.

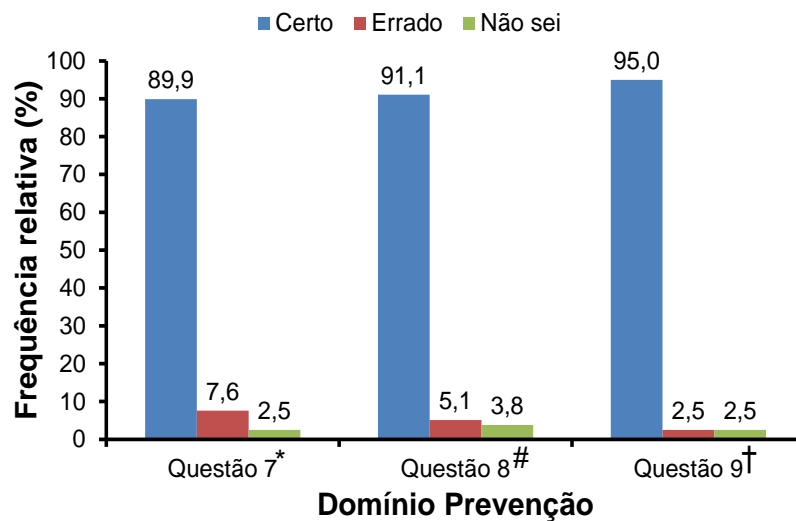
Gráfico 3 – Nível de conhecimento em relação ao domínio “transmissão” sobre HIV/AIDS de mulheres portadoras do vírus HIV/AIDS, pacientes do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (N= 79).



Fonte: Dados da pesquisa – Novembro/Dezembro 2013. (4* – O vírus da AIDS pode ser transmitido por sabonetes, toalhas e assentos sanitários; 5# – O vírus da AIDS pode ser transmitido por abraço, suor, beijo no rosto e beber no mesmo copo; 6† – O vírus da AIDS pode ser transmitido por picada de mosquito).

No domínio “prevenção” presente através do Gráfico 4 (abaixo), foram constatados valores elevados de acerto, demonstrando que as mulheres apresentam um alto nível de conhecimento (89.9%-95,0%) em aspectos preventivos, quanto ao uso de camisinha, seringa e agulha. Esses dados corroboram com o estudo longitudinal de Ferreira (2008) que observou entre 1998 e 2005, um aumento do percentual de resposta “bem informada” quando as pessoas foram examinadas com questões parecidas ao respectivo domínio do presente estudo. Adicionalmente, o alto nível de informação no aspecto da prevenção pode se justificar pelo fato de existir campanhas e palestras por parte HULW e órgãos públicos, como o Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde.

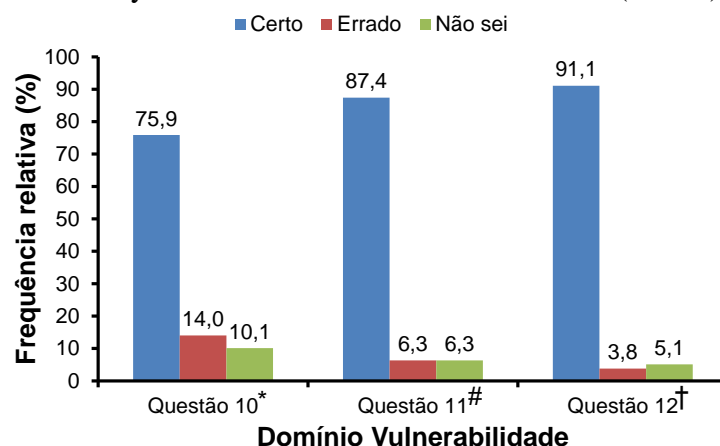
Gráfico 4 – Nível de conhecimento em relação ao domínio prevenção sobre HIV/AIDS de mulheres portadoras do vírus HIV/AIDS, pacientes do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (N= 79).



Fonte: Dados da pesquisa – Novembro/Dezembro 2013. (7* – A pessoa que usa camisinha nas relações sexuais impede a transmissão do vírus da AIDS; 8# – Existe uma camisinha específica para as mulheres; 9† – O uso da mesma seringa e agulha por diversas pessoas transmite AIDS).

No domínio “vulnerabilidade” apresentado no Gráfico 5 (abaixo), os achados demonstraram altos percentuais de acerto (75,9% a 91,1%), evidenciando o maior percentual de acerto quando as mulheres foram questionadas se a AIDS pode levar a morte. Ao contrario, 14,0% e 10,1%, respectivamente, erraram e não souberam se a AIDS é uma doença que ocorre somente em homossexuais masculinos, prostitutas (os) e usuários (as) de drogas.

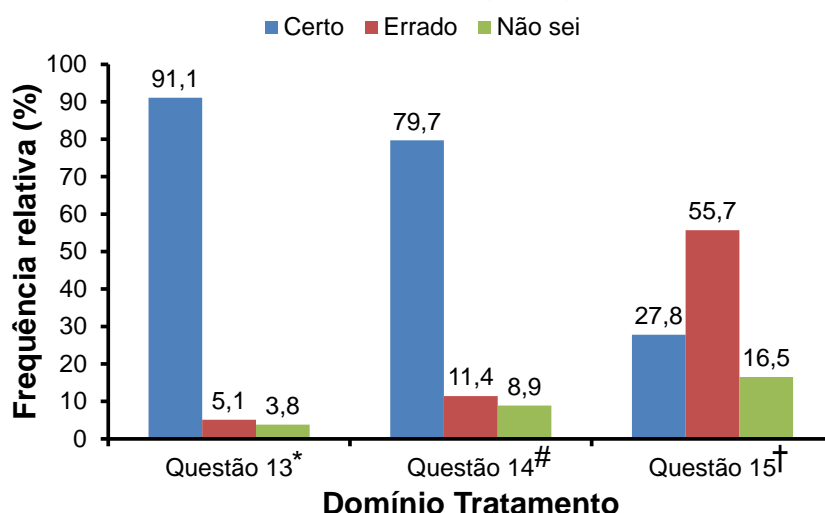
Gráfico 5 – Nível de conhecimento em relação ao domínio vulnerabilidade sobre HIV/AIDS de mulheres portadoras do vírus HIV/AIDS, pacientes do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (N= 79).



Fonte: Dados da pesquisa – Novembro/Dezembro 2013. (10* – A AIDS é uma doença que ocorre somente em homossexuais masculinos, prostitutas (os) e usuários (as) de drogas; 11# – Uma pessoa com AIDS certamente está mais vulnerável a outras doenças; 12† – A AIDS pode levar a morte).

Com relação ao domínio “tratamento” presente no Gráfico 6 (a seguir), os resultados demonstraram uma variação de 91,1% a 27,5% de acertos, sendo os maiores valores encontrados quando as mulheres afirmaram que a AIDS é uma doença que tem tratamento. Por outro lado, 55,7% responderam errados e 16,5% não souberam, se os medicamentos para tratamento da AIDS destroem o vírus HIV.

Gráfico 6 – Nível de conhecimento em relação ao domínio tratamento sobre HIV/AIDS de mulheres portadoras do vírus HIV/AIDS, pacientes do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (N= 79).



Fonte: Dados da pesquisa – Novembro/Dezembro 2013. (13* – A AIDS é uma doença que tem tratamento; 14 # – A AIDS é uma doença que tem cura; 15† – Os medicamentos para tratamento da AIDS destroem o vírus HIV).

De acordo com Ferreira (2008) o nível de informação sobre AIDS não é suficiente para que uma pessoa adote um comportamento protetor ou preventivo, porém, a falta de informações básicas contribui substancialmente para aumentar sua vulnerabilidade ao HIV/AIDS. Ayres corrobora quando afirma que as condições que afetam a vulnerabilidade individual são “de ordem cognitiva (informação, consciência do problema e das formas de enfrentá-lo), comportamentais (interesse e habilidade para transformar atitudes e ações a partir daqueles elementos cognitivos) e sociais (acesso a recursos e poder para adotar comportamentos protetores)” (AYRES, 1999, p.57).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos dados percebeu-se que a maioria das mulheres apresentou um nível elevado de conhecimento mesmo em condições adversas, como por exemplo, o baixo nível socioeconômico. Vale salientar, que as mulheres apresentaram o menor nível de informação nas questões quinze (27,8%) e dois (46,8%) do domínio tratamento e conceito, respectivamente. O domínio que trata de aspectos relacionados à prevenção demonstrou ser o melhor em números de acertos, fato este, que ocorre pela disseminação da informação presente no HULW e em outros órgãos públicos (por exemplo, Secretaria de Saúde do Estado e Município). Além disso, o HULW possui o SAE com uma equipe multidisciplinar, que eles trabalham com muitas palestras, oficinas, acompanhamento humanitário e assistência social.

Sobre os objetivos dispostos no trabalho, pode-se dizer que estes foram alcançados. Nesse sentido, pesquisa desta natureza é de suma importância, para que políticas públicas sejam desenvolvidas na perspectiva de atender a mulheres portadoras do HIV/AIDS. Esta pesquisa nos proporcionou também um crescimento profissional e pessoal a partir da temática, demonstrando como a disseminação da informação contribui para a melhoria da qualidade de vida e saúde dessas mulheres, bem como a importância de se cuidar corretamente em questão à doença.

Contudo, sugerimos aos gestores do HULW, um atendimento mais contínuo no sentido de ampliar o número de atendimento a pessoas portadoras do vírus HIV/AIDS, como também fazer uma maior divulgação do setor específico (SAE) para AIDS. Nesta perspectiva, sugerimos também a disponibilidade de uma sala de acolhimento mais confortável e a implantação de uma pesquisa de satisfação para saber o que os usuários estão percebendo sobre os serviços disponibilizados para essa população de HIV/AIDS no referido hospital.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: Informação e documentação – Referências – Elaboração. Rio de Janeiro, 2002. 24 p.

_____. **NBR 6028**: Informação e documentação - Resumo- Apresentação. Rio de Janeiro, 2003. 2 p.

_____. **NBR 14724**: Informações e documentação – Trabalhos acadêmicos – Apresentação. Rio de Janeiro, 2005. 9 p.

_____. **NBR 6027**: Informação e documentação -Sumário - Apresentação. Rio de Janeiro, 2003. 2 p.

_____. **NBR 10520**: Informação e documentação -Citação em documentos - Apresentação. Rio de Janeiro, 2003. 7 p.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JUNIOR, I. CALAZANS, G. J.; SALETTI, H. C. F. **vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS**. In: BARBOSA, R. M.; PARKER R. Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder. São Paulo: Editora 34; 1999. p.49-72.

BASTOS, F. I.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.16, n. 1, p. 65-76, 2000.

BRASIL. Ministério da saúde. **Boletim epidemiológico**: Secretaria de vigilância em saúde ministério da saúde, v.42, n.1, p.2-19, 2012.

_____.Ministério da saúde. **Departamento de DST, Aids e hepatites virais**. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/pagina/sintomas-e-fases-da-aids>>. Acesso em 08. Ago 2013.

_____.Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. **Manual de assistência psiquiátrica em HIV/AIDS**. 3. ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____.Ministério da Saúde. **Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV: 2008**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, n. 2, p. 207-217, 2000.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. Aids e a AIDS das ciências. **Revista ciências da saúde**, v.1, n.1, p.35-60, 1994.

FEITOSA, A.C et al.Terapia anti-retroviral: fatores que interferem na adesão de crianças com HIV/AIDS. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.12, n.33, p.515-21, 2008.

FERNANDES, M. P. et al Nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/AIDS, 1998 e 2005. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 1, p. 65-71, 2009.

_____. Conhecimento e percepção de risco sobre o HIV/AIDS: um perfil da população brasileira no ano de 1998, **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 2, p. 213-222, 2003.

FERREIRA, B. E. ;OLIVEIRA.I .M. ;PANIAGO.A .M. M.Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico.**Revista Brasileira de Epidemiologia**,v.15, n.1,p.75-84, 2012.

GIACOMOZZI, A. I.; CAMARGO, B. V. Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre prevenção da AIDS. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 6, n. 1, p. 31-44, 2004.

GIL, A.C.**Como elaborar projeto de pesquisa**.5.ed.São Paulo:Atlas, 2010

GIR, E; REIS, R. K. Alterações no estilo de vida, necessidades e dificuldades enfrentadas pelos cuidadores de portadores de AIDS, no âmbito do domicílio. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, v.35, n.4, p. 328-35, 2001.

_____. Feminização da AIDS: conhecimento de mulheres soropositivas sobre a transmissão e prevenção do HIV. **DST – J bras Doenças Sex Transm**, v.16, n.3, p.73-76, 2004.

GRANGEIRO, A.; SILVA, L. L.; TEIXEIRA, P. R. Resposta à AIDS no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 26, n. 1, p. 87-94, 2009.

GUILHERME, F.Fé aliada ao coquetel: o melhor remédio.**Revista para quem vive com o vírus da AIDS**, v.3, n.24, p. 12-14, 2003.

IPG. Instituto Patrícia Galvão. **Dossiê: Mulheres com HIV/AIDS: elementos para a construção de direitos e qualidade de vida**. São Paulo, 2003.

LAKATOS, E.M;M.M.A.**Fundamentos de metodologia científica**.3.ed.São Paulo:Atlas,1996.

LAZZAROTTO, Alexandro. R et al. O conhecimento de HIV/AIDS na terceira idade:estudo epidemiológico no Vale do Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.13, p.1833-1840, 2008.

LIMA, M. L. C.AIDS e feminização:os contornos da sexualidade. **Revista Mal Estar e Subjetividade**, v.8, n.1, p.103-118, 2008.

LOPES, F. **Mulheres negras e não negras vivendo com HIV/AIDS no estado de São Paulo: um estudo sobre suas vulnerabilidade**. 2003. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

MARTINS, J.T.Significados de qualidade de vida para mulheres convivendo com AIDS.**Revista Gaúcha de Enfermagem**,v.29. n.4, p. 619-25, 2008.

PAIVA, V.; LATORRE, M. R.; GRAVATO, N.; LACERDA, R. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1609-1620, 2002.

PAIVA, VERA et al. A vulnerabilidade das mulheres ao hiv é maior por causa dos condicionantes de gênero?. **Cuadernos Mujer Salud**, v.2, n.3, p.34-38, 1998.

_____. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. **Cadernos Saúde Pública**, v.18, n. 5, p.1620-1620, 2002.

PARKER, R.; CAMARGO JR.; K. R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v.16, n. 1, p. 89-102, 2000.

REIS, R.K. et al.Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS.**Revista de Enfermagem Florianópolis**,v.20, n.3, p.565-75, 2011.

SANTOS, Naila et al. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Caderno de Saúde Pública**, v.25, n.2, p.321-333, 2004.

SILVA, C. L. C. **ONGs/AIDS, intervenções sociais e novos laços de solidariedade social.** Caderno de Saúde Pública, v.14, n.2, p.129-139, 1998.

SILVA, C. G. M. O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da AIDS entre homens casados. **Revista de saúde pública**, v.36, n.4, p. 40-49, 2002.

APÊNDICES A- Questionário de dados pessoais e anamnese

Caro voluntário, abaixo segue vários questionários referente a coletas de dados da pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso da Universidade Federal da Paraíba do Curso de Biblioteconomia. Respondam da forma mais sincera possível as questões. Não deixe de marcar nenhuma questão. O preenchimento completo do questionário é de vital importância para o resultado da pesquisa.

DADOS PESSOAIS E ANAMNESE

Número de ficha: _____

Data da coleta: ____/____/____

Nome: _____

Endereço: _____

Fone: _____/_____. Idade: _____ Data de nasc.: ____/____/____

Natural de: _____ Estado: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Estado civil:

() Solteiro () Viúvo () Casado () Desquitado/Divorciado () Vive com alguém sem ser casado

Nível de escolaridade:

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| () Analfabeto | () Ensino fundamental 1 incompleto |
| () Ensino fundamental 1 completo | () Ensino fundamental 2 incompleto |
| () Ensino fundamental 2 completo | () Ensino médio incompleto |
| () Ensino médio completo | () Ensino superior incompleto |
| () Ensino superior completo | |

Você fuma?

() Sim () Não

Você consome bebidas alcoólicas?

() Sim () Não

APÊNDICE B – Questionário de conhecimento sobre HIV/AIDS

QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTO SOBRE HIV/AIDS

Por favor, responda as questões abaixo de acordo com a seguinte ordem:

Se você *concorda* com a frase, marque VERDADEIRO (V).

Se você *não concorda* com a frase, marque FALSO (F)

Se você *tem dúvida*, marque NÃO SEI (?).

PERGUNTAS	V	F	?
Domínio “conceito”			
O vírus HIV é o causador da AIDS			
A pessoa com o vírus da AIDS sempre apresenta os sintomas da doença			
O vírus da AIDS é identificado através de exames de laboratório			
Domínio “transmissão”			
O vírus da AIDS pode ser transmitido por sabonetes, toalhas e assentos sanitários			
O vírus da AIDS pode ser transmitido por abraço, suor, beijo no rosto e beber no mesmo copo			
O vírus da AIDS pode ser transmitido por picada de mosquito			
Domínio “prevenção”			
A pessoa que usa camisinha nas relações sexuais impede a transmissão do vírus da AIDS			
Existe uma camisinha específica para as mulheres			
O uso da mesma seringa e agulha por diversas pessoas transmite AIDS			
Domínio “vulnerabilidade”			
A AIDS é uma doença que ocorre somente em homossexuais masculinos, prostitutas (os) e usuários (as) de drogas			
Uma pessoa com AIDS certamente está mais vulnerável a outras doenças.			
A AIDS pode levar a morte.			
Domínio “tratamento”			
A AIDS é uma doença que tem tratamento			
A AIDS é uma doença que tem cura			
Os medicamentos para tratamento da AIDS destroem o vírus HIV			

ANEXO A – Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 10ª Reunião realizada no dia 22/10/2013, o Projeto de pesquisa intitulado: **"EFEITO DO TREINAMENTO DE FORÇA SOBRE COMPONENTES DE QUALIDADE DE VIDA, SOMATOMOTORES, IMUNOLÓGICOS EM PESSOAS INFECTADAS PELO VIRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA DO TIPO 1"** da pesquisadora Maria do Socorro Cirilo de Sousa, Prot. Nº 0381/13, CAAE: 15770713.7.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Drª Sílvia Maria Cirilo de Sousa
Coordenadora CEP/CCS/UFPA
Matr. SIAPE: 0332618

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba
Campus I - Cidade Universitária - 58051-970 João Pessoa, Paraíba - Sala 812
CEP 58051-970 - João Pessoa - PB - Fone (81) 3216-7792

ANEXO B – Critério de classificação econômica Brasil

CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL

O CCEB (Critério de Classificação Econômica Brasil) é um instrumento de segmentação econômica que utiliza o levantamento de características domiciliares (presença e quantidade de alguns itens domiciliares de conforto e grau escolaridade do chefe de família) para diferenciar a população. O CCEB enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir.

PARA APARELHOS DOMÉSTICOS EM GERAL DEVEMOS:

Considerar os seguintes casos	Não considerar os seguintes casos
Bem alugado em caráter permanente	Bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses
Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses	Bem quebrado há mais de 6 meses
Bem quebrado há menos de 6 meses	Bem alugado em caráter eventual
	Bem de propriedade de empregados ou pensionistas

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens domiciliares (*marque com o X a quantidade correspondente*):

	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada mensalista					

Máquina de lavar					
Videocassete e/ou DVD					
Geladeira					
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)					

Grau de instrução do chefe da família (marque com o X a escolaridade correspondente):

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual	↓X
Analfabeto/Primário incompleto	Analfabeto/Fundamental 1 Incompleto	
Primário completo/Ginasial incompleto	Fundamental 1 Completo/Fundamental 2 Incompleto	
Ginasial completo/Colegial incompleto	Fundamental 2 Completo/Médio Incompleto	
Colegial completo/Superior incompleto	Médio Completo/Superior Incompleto	
Superior completo	Superior Completo	